Edmonds School District

HS 28 VT
Student Health Services
Asthma Information Form - Annual Update

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Trường / Năm học: _____

Mục đích của biểu mẫu này là để cập nhật thông tin về tình trạng hen suyễn của học sinh. Vui lòng điền đầy đủ và chính xác nhất có thể, sau đó gửi lại biểu mẫu này cho y tá trường.

1. Học sinh của quý vị có bị cơn hen suyễn nào trầm trọng hơn trong năm nay không? (tức là cần chăm sóc khẩn cấp hoặc thăm khám tại phòng cấp cứu, phải nhập viện, gọi 911, v.v.) ☐ KHÔNG ☐ CÓ, xin giải thích rõ:

_____

2. Có điều gì thay đổi với bệnh hen suyễn của học sinh trong năm qua không? ((ví dụ nguyên nhân hoặc triệu chứng, bác sĩ gia đình, thuốc mới, v.v.) ☐ KHÔNG ☐ CÓ, xin giải thích rõ: _____

3. Trong vòng **1 năm qua**, học sinh đã bao nhiêu lần:

	KHÔNG CÓ	1 LẦN	2-4	>4
a. Nhập viện qua đêm hoặc lâu hơn do hen suyễn:	☐	☐	☐	☐
b. Điều trị tại phòng cấp cứu:	☐	☐	☐	☐
c. Điều trị tại văn phòng bác sĩ vì hen suyễn bất thường:	☐	☐	☐	☐
d. Thuốc steroid được kê đơn do tình trạng bệnh hen suyễn trầm trọng hơn:	☐	☐	☐	☐
e. Nghỉ học do các triệu chứng liên quan đến hen suyễn:	☐	☐	☐	☐

Nếu hơn "một lần," xin giải thích rõ: _____

_____

4. NGUYÊN NHÂN HIỆN TẠI: (đánh dấu tất cả những gì học sinh có):

☐ Tập thể dục ☐ * *Bệnh hen suyễn của con tôi CHỈ do vận động gây r*	☐ Viêm đường hô hấp
☐ Chất gây dị ứng: ☐Mạt bụi ☐Phấn hoa ☐Cỏ ☐Cây ☐Nấm mốc ☐ Lông thú cưng ☐ Thực phẩm:	☐ Thời tiết: ☐ Không khí lạnh ☐ ↕ Thay đổi thời tiết
☐ Chất gây kích ứng trong không khí: ☐ Khói thuốc lá ☐ Ô nhiễm không khí ☐ Bụi ☐ Khói cháy rừng ☐ Mùi / hơi / nước hoa mạnh	☐ Cảm xúc mạnh ☐ Căng thẳng ☐ Cười
	☐ Triệu chứng khác:

5. Có bất kỳ thay đổi nào đối với các triệu chứng hen suyễn điển hình của học sinh không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, mô tả rõ: _____

_____

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH HEN SUYỄN (trả lời dựa trên **1 năm qua**)

6. Học sinh gặp các triệu chứng thường xuyên như thế nào? Ban ngày: _____ Số lần/tuần Ban đêm: _____ Số lần/tuần
7. Giấc ngủ của học sinh có bị gián đoạn bởi các triệu chứng hen suyễn không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
8. Học sinh có bị hạn chế hoặc điều chỉnh các hoạt động thể chất do bệnh hen suyễn không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, xin giải thích rõ: _____

_____

ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI BỆNH HEN SUYỄN

9. Vui lòng liệt kê TẤT CẢ các loại thuốc mà học sinh của quý vị đang dùng để **điều trị hen suyễn và dị ứng**.

Tên Thuốc	Liều lượng	Thời gian uống	Lý do	Nơi Uống
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *

**** Bất kỳ loại thuốc nào được lưu giữ tại trường đều yêu cầu một giấy ủy quyền sử dụng thuốc riêng biệt, có chữ ký của bác sĩ gia và phụ huynh.***

10. Nếu học sinh có sử dụng ống hít cứu hộ inhaler "khi cần thiết", thì cháu thường sử dụng bao lâu một lần? (ví dụ. Albuterol, Symbicort, Dulera)? Ban ngày: _____ Số lần mỗi tuần Ban đêm: _____ Số lần mỗi tuần

qua →

11. Lần cuối cùng học sinh sử dụng ống hít cứu hộ inhaler "khi cần thiết" là khi nào? ((ví dụ. Albuterol, Symbicort, Dulera)? Và tại sao phải dùng?

_____

12. Nếu học sinh mắc bệnh hen suyễn do vận động, liệu các em có sử dụng ống hít trước khi tập thể dục ví dụ: chơi thể thao, giờ ra chơi hoặc giờ Thể dục) hay không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ ☐ N/A ☐ ĐÔI KHI, xin giải thích rõ: _____

LẬP KẾ HOẠCH Ở TRƯỜNG HỌC *(nếu quý vị nhận được biểu mẫu này vào cuối năm, hãy lưu ý điền nó cho năm học tiếp theo)*

13. Quý vị có cung cấp thuốc để lưu giữ tại trường không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ*

**** Mẫu đơn ủy quyền sử dụng thuốc mới, có chữ ký của bác sĩ gia đình và phụ huynh, là yêu cầu bắt buộc cho mỗi năm học.***

14. Quý vị có cung cấp bất kỳ thứ nào sau đây cho nhà trường không? ☐ Miếng đệm (Spacer) **(nên có)** ☐ Máy phun sương (Nebulizer)
☐ Máy đo chỉ số Lưu lượng Đỉnh (Peak Flow) ☐ Thuốc men và Vật tư cho Tình huống Thảm họa

15. Quý vị có định để cho học sinh của mình tự mang theo ống hít cứu hộ inhaler đến trường không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ*

****Quyết định cuối cùng phụ thuộc vào sự chấp thuận của bác sĩ gia đình, phụ huynh và y tá, cũng như việc cân nhắc mức độ phát triển của học sinh.***

16. Mức độ tự lập của học sinh trong việc nhận biết các triệu chứng hen suyễn là như thế nào? ☐ Hoàn toàn tự lập
☐ Cần giúp đỡ trong việc xác định các triệu chứng ☐ Hoàn toàn phụ thuộc vào người lớn

17. Mức độ tự lập của học sinh trong việc uống thuốc là như thế nào? ☐ Hoàn toàn tự lập ☐ Sử dụng dưới sự giám sát của người lớn
☐ Người lớn cho uống thuốc

18. Trong môi trường trường học, học sinh của quý vị cần những nhu cầu gì? (đánh dấu vào ô áp dụng cho nhu cầu của học sinh):

☐ Sửa đổi giờ chơi hoặc PE* ☐ Dùng thuốc trước khi tập thể dục* ☐ Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc
☐ Được tiếp cận nước ☐ Tránh một số loại thực phẩm ☐ Cần lập kế hoạch đặc biệt cho chuyến đi thực địa
☐ Tránh động vật ở trường ☐ Tránh những mùi nồng

**** Yêu cầu giấy cho phép từ bác sĩ gia đình và sự theo dõi từ y tá trường học.***

19. Học sinh của quý vị có tham gia các hoạt động thể thao hoặc ngoại khóa sau giờ học trong năm học này không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ*, hoạt động gì? _____

*** Phụ huynh phải thông báo cho nhân viên giám sát về tình trạng sức khỏe của học sinh.**

**** Các chương trình không được tài trợ bởi trường học tại các cơ sở của ESD sẽ không có quyền truy cập vào các loại thuốc được lưu trữ tại trường.***

ĐIỀU PHỐI CHĂM SÓC

20. Bác sĩ nào hiện đang điều trị bệnh hen suyễn cho học sinh của quý vị? _____
21. Học sinh của quý vị có bảo hiểm y tế không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ *, bảo hiểm nào? _____
22. Quý vị có gặp khó khăn gì khi mua thuốc điều trị hen suyễn hoặc kết nối với bác sĩ không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, xin giải thích rõ: _____

_____

23. Có bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe hay cập nhật y tế mới nào không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ ((Ví dụ: sốc phản vệ, dị ứng, các vấn đề về tim mạch, hô hấp, các vấn đề về sức khỏe tâm thần) Nếu có, vui lòng giải thích rõ:

_____

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: **_____** **Mối quan hệ*: _____Ngày*: _____**